Soacha, 29 de Septiembre de 2022

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: David Esteban Guerrero Rey

Cargo: Tecnologo en saneamiento ambiental.

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

David Esteban Guerrero Rey
CC:1012422880
Dirección: Kr 13 # 53 - 124
Email: dguerrerore@unal.edu.co
Teléfono/ Celular: 3222335736

HOJA DE VIDA



DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS:	David Esteban Guerrero Rey
LUGAR Y FECHA DE NACIMIEINTO:	28 de Junio de 1995
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	1.012.422.880 de Bogotá
SEXO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
DIRECCIÓN:	Kr 13 # 53 – 124 , Soacha - Colombia
TELÉFONO:	3222335736
E-MAIL:	dguerrerore@unal.edu.co

PERFIL PROFESIONAL

Soy una persona responsable, puntual, creativa y con muy buena disposición para cualquier tarea que se me asigne. Tengo años de experiencia en mi campo.

FORMACIÓN ACADÉMICA

COLEGIO CEDID SAN PABLO I.E.D | BACHILLERATO TECNICO
2012

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS | TECNOLOGIA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL
2018

EXPERIENCIA LABORAL

TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
2022

Prestar servicios como tecnólogo de apoyo a la gestión para desarrollar actividades en el plan de salud pública de intervenciones colectivas de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.

TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL | **NOSTOC S.A.S**
2019

Prestar servicios como tecnólogo de apoyo a la gestión para desarrollar actividades en temas de saneamiento en general de establecimientos y edificaciones de la empresa NOSTOC S.A.S

TECNICO DE DATAFONOS | **LINEA COMUNICACIONES S.A.S**
2018

Prestar servicios de actualizaciones de software y hardware de unidades de pagos electrónicos como datafonos en toda la ciudad de Bogotá y municipios aledaños.

REFERENCIAS

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
REFERENCIA LABORAL

Teléfono: 3045952563
E-mail: alimentossanosussruu@gmail.com

NOSTOC S.A.S
REFERENCIA LABORAL

Teléfono: 3195167432
E-mail: gerencia@nostocambiental.com

Linea Comunicaciones S.A.S
REFERENCIA LABORAL

Teléfono: (574) 6041780

Laura Camila Ramos

REFERENCIA PERSONAL

Teléfono: 3227183629
E-mail: lcrc11@gmail.com

Laura Tatiana Diaz

REFERENCIA PERSONAL

Teléfono: 3148360983
E-mail: laurat.diazcr@gmail.com



FIRMA

David Esteban Guerrero Rey

c.c: 1012422880

Bogotá D.C 18/10/2022

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.422.880

GUERRERO REY

APELLIDOS

DAVID ESTEBAN

NOMBRES



Escaneado con CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1995

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

05-JUL-2013 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00457255-M-1012422680-20130616 0034419879A 1 40077817

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1012422880

APELLIDOS Y NOMBRES

GUERRERO REY

DAVID ESTEBAN

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2025	2035	2045

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP 09 ENE 2014



CDTE. DE DISTRITO

Escaneado con CamScanner

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.

2. En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

03589771

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 206199900

WEB
13:55:11

Bogotá DC, 29 de septiembre del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DAVID ESTEBAN GUERRERO REY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012422880:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de septiembre de 2022, a las 10:38:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1012422880
Código de Verificación	101242288022093010383 8

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:58:57 PM horas del 29/09/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1012422880**
Apellidos y Nombres: **GUERRERO REY DAVID ESTEBAN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autondad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Volver al Inicio

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/09/2022 03:05:55 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1012422880** y Nombre: **DAVID ESTEBAN GUERRERO REY.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **43003561** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir



REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2022-1605453

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que DAVID ESTEBAN GUERRERO REY, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1012422880, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de TECNOLOGIA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL con CERTIFICADO DE INSCRIPCION PROFESIONAL - AUXILIAR 093956-0590420 CND desde el 13 de Octubre de 2021, otorgado(a) mediante Resolución Nacional R2021094395.

2. Que el(la) CERTIFICADO DE INSCRIPCION PROFESIONAL - AUXILIAR es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) CERTIFICADO DE INSCRIPCION PROFESIONAL - AUXILIAR se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los tres (03) días del mes de Octubre del año dos mil veintidos (2022).

Rubén Dario Ochoa Arbeláez

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14871901523

(415)7707212489984(8020) 000001487190152 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 2 4 2 2 8 8 0	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 2 4 2 2 8 8 0	2 0 1 3 0 7 0 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUERRERO	REY	DAVID	ESTEBAN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal: CR 13 53 124

42. Correo electrónico: davidesteban.guerrerorey@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 2 3 3 5 7 3 6	3 0 0 3 9 4 5 4 7 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 9 0 6 1 2	3 9 0 0	2 0 1 9 0 6 1 2				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
4 9																									

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Unico Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2022 - 10 - 18 / 13 : 13: 02

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice
Firma autorizada:

984. Nombre: GUERRERO REY DAVID ESTEBAN
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF 18-10-2022 01:13:49PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REGION DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	7/6/2022

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2022-10-09	CIUDAD:	SOACHA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

CLASE O TIPO DE VINCULACION CON LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBL		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GUERRERO	REY	DAVID	ESTEBAN

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1012422880	BOGOTA	2013-07-05
PASAPORTE	OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1995-06-28	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	0	0	3222335736

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA										PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL	Tecnologo en saneamiento ambiental	CONTRATISTA
						X				

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 13 # 53 - 124	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3222335736

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
dguerrerore@unal.edu.co		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	VACUNADOR ZOONOSIS		
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO				
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA				

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI	NO X	3900	
		NO X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X		SI / NO X		SI / NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	NO X	ESE Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA												NIT	800006850-3
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	FINANCIERA	TRANSPORTE	TECNOLOGIA	ALIMENTOS	MEDICAMENTOS	GOBIERNO	SERVICIOS	SALUD X			
OTRA	CUAL:												

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	7/6/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CL 13 # 9 -97	6017309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	VACUNADOR ZOONOSIS	FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 2,400,000	GASTOS FAMILIARES	$ 1,100,000	AHORROS	$ 1,500,000	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 300,000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 500,000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 3,400,000	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 1,000,000	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 300,000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 2,400,000	TOTAL EGRESOS	$ 2,400,000	TOTAL ACTIVOS	$ 4,900,000	TOTAL PASIVOS	$ 800,000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES
(*no debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RAMOS	CHACON	LAURA	CAMILA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y O EXTENSION/CELULAR**
KR 52A 20 - 69 SUR	BOGOTA	AMIGA	3227183629

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	570009970508504	BOGOTA	01-800-0123818

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIO ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc):

VACUNADOR ZOONOSIS

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades lictas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los ultimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripción en el Rut.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

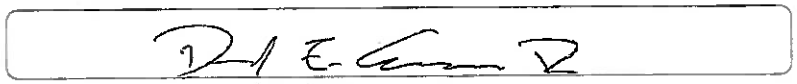
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9.AUTORIZACIÓN. De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

SaludTotal

Bogotá, Septiembre 29 de 2022

Señor:
GUERRERO REY DAVID ESTEBAN
CC. 1012422880
CR 13 53 124 -
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Julio 28 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GUERRERO REY DAVID ESTEBAN	1012422880	C	Jul-28-2013	52	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
TORRES CAMPOS AURA MARIA	1018514344	C	Ago-14-2019	52	26	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES C	1012422880	Pensionado por sustitucion	CERRADO
COMERCIALIZADORA ARTURO CALLE SAS	1012422880	Dependiente	CERRADO
DAVID ESTEBAN GUERRERO REY	1012422880	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
DAVID ESTEBAN GUERRERO REY	1012422880	Trabajador Independiente	CERRADO
LINEA COMUNICACIONES LTDA	1012422880	Dependiente	CERRADO
NEXARTE SERVICIOS TEMPORALES SAS	1012422880	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Colpensiones
10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DAVID ESTEBAN GUERRERO REY** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1012422880,** se encuentra afiliado/a desde **09/12/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de septiembre de 2022.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Guerrero	Rey	David Esteban

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1012422880 | SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1012422880 D.M. 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 28 MES 09 AÑO 1995

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: DEPTO:

MUNICIPIO:

TELÉFONO: EMAIL: dguerrerore@unal.edu.co

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	6	X		TECNOLOGIA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL	11	2018	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	*MUNICIPIO* BOGOTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	19	*Mes*	07	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNOLOGO	*DEPENDENCIA* AAMBIENTAL						*DIRECCIÓN* DIAGONAL 34 - 5 50					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	2

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha 30/09/2022

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, David Esteban Guerrero Rey

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1012422880 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 13 53 124 TELÉFONO: 3222335736 0000000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **X** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
HONORARIOS	$2.400.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$0
TOTAL	$2.400.000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	570009970508504	BOGOTÀ D.C	600.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad **SI** **NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA	
	Soacha 30/09/2022
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

Soacha, 29 de Septiembre de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo David Esteban Guerrero Rey, identificado(a) con cedula No.1012422880 de Bogotá D.C, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Tecnologo en saneamiento Ambiental, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (x) no (__) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión: _____

_____

_____

_____

Atentamente,

C.C.1012422880

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 29 de septiembre de 2022

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo David Esteban Guerrero Rey, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1012422880 de Bogotá D.C, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

C.C. No. 1012422880 de Bogotá D.C

	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: DAVID ESTEBAN GUERRERO REY

Nº Documento: 1012422880

Fecha de Nacimiento: 2 8 / 0 6 / 1 9 9 5

Dirección:

Teléfono. Fijo – Celular: 3 2 2 2 3 3 5 7 3 6

E-mail: dguerrerore@unal.edu.co

EPS: SALUD TOTAL

AFP: COLPENSIONES

Firma Contratista

.....

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

.....

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

.....

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

AXA COLPATRIA

INGRESO INDEPENDIENTE

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	800006850
Número Afiliación:	215221
Razón social:	HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E

DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

Tipo de documento:	C.C.
Número de documento:	1012422880
Nombre:	DAVID ESTEBAN GUERRERO REY
Fecha Inicio contrato:	10/11/2022
Fecha Fin contrato:	31/12/2022
Fecha Inicio cobertura:	10/11/2022
Número contrato:	09920
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal	SUCURSAL 3
Centro de trabajo	CTRAB 003
Fecha hora transacción:	9/11/2022 3:52:14 PM

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha ,

Señores:

Universidad Distrital Francisco Jose de Caldas.

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo David Esteban Guerrero Rey en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento".

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL

Cordialmente;

Firma 

N° Documento: 1012422880

Tarjeta Profesional N° 093956-0590420 CND

Dirección de contacto: kr 13 # 53 -124

Teléfono 3222335736

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, David Esteban Guerrero Rey, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1012422880, expedida en Bogotá D.C, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

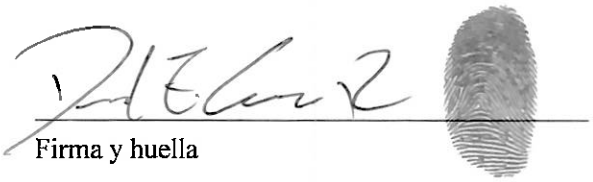
los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos. La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información: Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña: La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información. Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo. Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los 29 de septiembre de 2022



Firma y huella

3222335736

Celular No.

dguerrerore@unal.edu.co

Correo institucional

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: David Esteban

Apellidos: Guerrero Rey

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1.012.422.830

Fecha de nacimiento: Día 28 Mes 06 Año 1995

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	09/03/21	Pfizer	EM1195	S.R.C.O	Jurggy Mondragon	52012542
	2	30/03/21	PFIZER	95ER ER1742	SRCO	JURGGY MONDRAGON	52012542.
		29.11.21	Moderna	017J21A 19.04.22	SRCO	Martha Rocha	52045894

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: domingo, 14 de febrero de 2021 06:26 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1012422880
Nombres y Apellidos	DAVID ESTEBAN GUERRERO REY		
Fecha de nacimiento:	28/06/1995		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	12/06/2019	Recombax B	0348Y015CE	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Segunda dosis	15/07/2019	Recombax B	0348Y015CE	
	Tercera dosis	17/03/2020	Recombax B	0348Y015CE	
Influenza	Única	02/05/2020	GC FLU	V50220001	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - RAFAEL URIBE URIBE
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: domingo, 14 de febrero de 2021 06:26 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1012422880
Nombres y Apellidos	DAVID ESTEBAN GUERRERO REY		
Fecha de nacimiento:	28/06/1995		

Sarampión y Rubéola	Primera dosis	30/09/2019	Sarampión -Rubéola	0128M411	GRUPO EXTRAMURAL - MARTIRES
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis	24/04/2018	Vacuna Antitetánica	707T	CORPORACION MEDICOS S.A. SEDE TEUSAQILLO
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

DRA. GLORIA LEONOR VEGA CORREDOR
MÉDICA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES ARGENTINA - FUAA
BOGOTA D.C. NIT. 23555999-8
Dirección: Carrera 21 No. 23 – 26 sur
Barrio Olaya - **Teléfono:** 272 7690

in SALUD



Nro. 5538

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA : 18/04/2022 HORA:11:39	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: DAVID ESTEBAN GUERRERO REY	DOCUMENTO: 1012422880	EDAD: 26 GENERO: M
Empresa: PARTICULAR	Cargo: TECNOLOGO EN SANIAMIENTO AMBIENTAL	Tel: 3222365736 -

CONCEPTO MÉDICO LABORAL:

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Preocupacional o Ingreso

FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales estará expuesto

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

Se certifica al trabajador para laborar Apto Para el Cargo Sin Restricciones, según resultados del cuestionario, valorización medica ocupacional y para clínicos según resolución N° 1409 del 23 de julio del 2012

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES LABORALES:	ENFERMEDAD PROFESIONAL:
NIEGA	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES:	**ANTECEDENTES FAMILIARES:**
HOSPITALARIOS: NO REFIERE QUIRURGICOS: NO REFIERE PSIQUIATRICOS: NO REFIERE FARMACOLOGICOS: NO REFIERE OFTALMOLOGICOS: MIOPIA OTROS : NO REFIERE	DIABETES: NO REFIERE HIPERTENSION: NO REFIERE TIROIDES: NO REFIERE CANCER: NO REFIERE ASMA: NO REFIERE OTROS : NO REFIERE
PARACLINICOS:	**EXAMEN FISICO:**
OSTEOMUSCULAR NORMAL VISIOMETRIA MIOPIA CORREGIDA	PESO: 56 KG ESTATURA: 168 CMS IMC: 19,84 NORMAL FC: 72 MIN FR: 20 MIN TA: 125/76 TEMPERATURA: 36.7 °C

RECOMENDACIONES

utilizar los elementos de protección personal hacer periódicamente los exámenes de valoración ocupacional. el trabajador refiere no presentar enfermedades cardiovasculares, hta, diabetes, evc, cáncer, uso de corticoides o inmunosupresores, enfermedad pulmonar crónica o aguda , epoc, condiciones de riesgo para adquirir covid-19.(resolución externa 100-0009 de 2020) decreto 030 de 2020.

Lea este codigo QR con su celular para validar su autenticidad

Dra. Gloria L. V.
Médica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Licencia No. 250425

David E. Guerrero R

LICENCIA No. 250425 Medico Especialista en Salud Ocupacional	Firma Trabajador C.C. No	6013

La República de Colombia

La Secretaría de Educación Distrital

y en su nombre el

Colegio Cedid San Pablo

Institución Educativa Distrital

Educa para la Vida en Desarrollo Humano, Ciencia y Tecnología

Institución Oficial

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según Resolución No. 7453 del 13 de noviembre de 1998 y Resolución de Integración No. 3298 del 11 de octubre de 2002

Confiere a:

David Esteban Guerrero Rey

T.I. No. 93062807580 de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Técnico

Modalidad Informática

Especialidad Desarrollo de Software y Soportes en Redes de Comunicación

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

Lic. Blanca Lilia Sánchez Bohórquez
Rectora

Registro Interno

Acta No. 25 Folio No. 16

No requiere registro, "según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994 de la Secretaría de Educación y 2150 del 5 de diciembre de 1995" de la Presidencia de la República

Dado en Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de noviembre de 2012

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO CEDID SAN PABLO

Institución Educativa Distrital

Institución Oficial
Educa para la Vida en Desarrollo Humano, Ciencia y Tecnología
Carrera 77 L Nº 65 J 73 Sur – Tel: 7757545
Jornada Mañana

INSCRIPCIÓN S.E. 4988
DANE: 111001110034

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 30 días del mes de noviembre del año 2012, se formaliza la graduación de los alumnos de último grado del COLEGIO CEDID SAN PABLO - INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL, Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de Bachiller Técnico en las Modalidades INDUSTRIAL, Especialidad: Electricidad y Electrónica - Diseño de Máquinas, INFORMÁTICA, Especialidad: Desarrollo de Software y Soportes en Redes de Comunicación de Datos; COMERCIAL, Especialidad: Gestión Empresarial; según Resolución Nº 7453 del 13 de noviembre de 1998 y Resolución de Integración Nº 3298 del 11 de octubre de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER TÉCNICO en las Modalidades INDUSTRIAL, Especialidad: Electricidad y Electrónica - Diseño de Máquinas, INFORMÁTICA, Especialidad: Desarrollo de Software y Soportes en Redes de Comunicación de Datos; COMERCIAL, Especialidad: Gestión Empresarial; según sea el caso al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

David Esteban Guerrero Rey

T.I. No. 95062807580 de Bogotá, D.C.

Modalidad: Informática - Especialidad: Desarrollo de Software y Soportes en Redes de Comunicación de Datos

Es fiel copia tomada del Acta Original Nº 025 de fecha 30 de noviembre de 2012 en lo pertinente.

Firmada y Sellada por Blanca Lilia Sánchez Bohórquez (Rectora)

Dada en Bogotá, D.C. a los 30 días del mes de noviembre de 2012

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo 7º del Decreto 180 de 1981.
No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto Nº 921 del 6 de mayo de 1994

Rectora
Blanca Lilia Sánchez Bohórquez
C.C. Nº 41.590.643 de Bogotá

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

CONFIERE EL TÍTULO DE

Tecnólogo en Saneamiento Ambiental

A

David Esteban Guerrero Rey

Con C. C. No. 1012422880 de BOGOTÁ D.C.

QUIEN CUMPLIÓ CON LAS CONDICIONES ACADÉMICAS REQUERIDAS. EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D. C. A LOS 15 DÍAS DEL JUNIO DE JUNIO DE 2018

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO ACADÉMICO

Registro No. 12565 Folio No. 110 Libro No. 1

No. 38273

La Universidad Distrital Francisco José de Caldas

Con personería jurídica reconocida por el Ministerio de Justicia mediante Resolución Nro. 139 de 1950 en cumplimiento del Decreto Presidencial Nro. 0844 de 1999 y la Resolución Nro. 1017 de 1996 del ICFES

Acta de Grado No. FMA 12505

LA SECRETARIA ACADEMICA DE LA FACULTAD DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES DE LA UNIVERSIDAD DISTRITAL "FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS", COMPULSA A CONTINUACION EL ACTA DE GRADO DE:

DAVID ESTEBAN GUERRERO REY

En Bogotá D.C., a los 15 dias del mes de Junio de 2018, se efectuó en el Auditorio Principal de la Sede Bosa Porvenir de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, el acto solemne de grado de DAVID ESTEBAN GUERRERO REY, Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1012422880 de BOGOTÁ D.C., quien terminó sus estudios de acuerdo a los pénsumes y reglamentos de la Universidad y presentó el Trabajo de Grado titulado:

APROBACIÓN DE LOS ESPACIOS ACADÉMICOS SALUD PUBLICA Y SELLOS VERDES, EN LA MODALIDAD DE ESPACIOS ACADÉMICOS DE PROFUNDIZACIÓN, CUMPLIENDO CON LO DISPUESTO EN EL ACUERDO No. 038 DEL 28 DE JULIO DE 2015 DEL CONSEJO ACADÉMICO.

Del cual fue director (a) **Ingeniero. ALVARO FERNANDO CASTILLO PINILLA.**

Según Acta de sustentación el Trabajo mereció el carácter de APROBADO con una calificación de 4.3.

Acto seguido el señor Rector de la Universidad Distrital, tomó juramento de rigor y le confirió el título de Tecnólogo en Saneamiento Ambiental y dispuso la entrega inmediata del Acta del presente Grado y la del Diploma que acredita el correspondiente título universitario.

Luz Mary Losada C.

LUZ MARY LOSADA CALDERÓN

SECRETARIA ACADEMICA

FACULTAD DEL MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

Registro de Diploma No. FMA 12505 Folio 110

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
PROFESIONAL - AUXILIAR

093956-0590420 CND

R2021094395



TECNOLOGIA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL

DAVID ESTEBAN
GUERRERO REY
ID: 1012422880

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA

E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

CERTIFICA QUE:

David Esteban Guerrero Rey

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,91

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: septiembre 30, 2022

CUNDINAMARCA ¡REGIÓN Que Progresa! EN COMUNICACIÓN

Gobernación de Cundinamarca

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) DAVID ESTEBAN GUERRERO REY, identificado(a) con CC. No. 1012422880, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Contrato PS 8214 2021:

Fecha Inicio: 01/12/2021 **Fecha Terminacion: 30/09/2022**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital. 2. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde a las actividades, metas y productos conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar apropiación conceptual desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 6. Realizar acciones, asesorías integrales y técnicas extramurales e intramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS, 7. Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos.8. Realizar acciones, asesorías integrales y técnicas extramurales e intramurales, desde su perfil técnico, en los diferentes entornos de vida cotidiana y procesos transversales, en instituciones o entidades asignadas. (Hogares, instituciones educativas, de protección, IPS-UPGDs, establecimientos comerciales formales, unidades de trabajo informal, en el espacio público, etc), conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.9. Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de los equipos territoriales.10. Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.11. Presentar y responder dentro de los plazos establecidos por los productos, metas o actividades asignadas, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.12. Responder por el

diligenciamiento de los formatos que se generen, en el cumplimiento de sus acciones, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 13. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran , para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 14. Participar en la planeación de su competencia de acuerdo al proceso asignado y conforme a las actividades, metas y productos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.15. Participar en las asistencias técnicas convocadas. 16. Realizar el listamiento y presentación de los soportes para las auditorías externas que se generen durante y después de la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas.17. Responder oportunamente por la información requeridos por las diferentes intervenciones de salud pública y la SDS. 18. Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas. 19. Participar en las reuniones y eventos a los cuales sea asignado por la Subred y presentar los informes que le sean requeridos.20. Responder por el archivo de la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.21. Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato.22. Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 29 de Septiembre de 2022.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

NASLY VANESSA PALACIOS MUÑOZ
Director de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) DAVID ESTEBAN GUERRERO REY, identificado(a) con CC. No. 1012422880, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 4445 2019	17/07/2019	28/02/2021	$42.789.916

Contrato PS 4445 2019:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS COMO CONDUCTOR MOTORIZADO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Transportar a diferentes domicilios dentro de las seis localidades que conforman la Subred, a las auxiliares de enfermería que realiza la vacunación en la estrategia de seguimiento a cohortes. 2. Garantizar que la moto cuente con maletero o alforjas para el transporte de los insumos requeridos para la estrategia de vacunación. 3. Llevar a cabo eficaz y oportunamente las órdenes impartidas por la coordinación del programa de vacunación para el buen funcionamiento de la estrategia. 4. Apoyar en las diferentes actividades de transporte requeridas en la estrategia de seguimiento a cohortes de vacunación. 5. El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehículo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contraídas en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa ampliado de inmunizaciones. 6. Deberá disponer de los documentos completos y en regla (certificado médico para conducir, licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases, SOAT,etc) 7. Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo (para él y el acompañante), rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma. 8. El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma. 9. Informar las dificultades que se presenten en el transporte y en general en el desarrollo de las actividades diarias. 10. Asistir a las reuniones programadas para el equipo del Programa ampliado de Inmunización por la coordinadora del mismo.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 15 de Febrero de 2021.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

MARY ISABEL CORREA GALLARDO
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) DAVID ESTEBAN GUERRERO REY, identificado(a) con CC. No. 1012422880, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Contrato PS 8214 2021:

Fecha Inicio: 01/12/2021 **Fecha Terminacion: 15/04/2022** **Valor Contrato: $11.228.066**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital. 2. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde a las actividades, metas y productos conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar apropiación conceptual desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 6. Realizar acciones, asesorías integrales y técnicas extramurales e intramurales a la población asignada a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico, y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 7. Realizar acciones de promoción y prevención de la salud y de saneamiento ambiental a nivel individual, familiar y colectivo, desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos.8. Realizar acciones, asesorías integrales y técnicas extramurales e intramurales, desde su perfil técnico, en los diferentes entornos de vida cotidiana y procesos transversales, en instituciones o entidades asignadas. (Hogares, instituciones educativas, de protección, IPS-UPGDs, establecimientos comerciales formales, unidades de trabajo informal, en el espacio público, etc), conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.9. Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y técnico, en función de los requerimientos de los equipos territoriales.10. Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.11. Presentar y responder dentro de los plazos establecidos por los productos, metas o actividades asignadas, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.12. Responder por el

diligenciamiento de los formatos que se generen, en el cumplimiento de sus acciones, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 13. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran , para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 14. Participar en la planeación de su competencia de acuerdo al proceso asignado y conforme a las actividades, metas y productos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.15. Participar en las asistencias técnicas convocadas. 16. Realizar el listamiento y presentación de los soportes para las auditorías externas que se generen durante y después de la ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas.17. Responder oportunamente por la información requeridos por las diferentes intervenciones de salud pública y la SDS. 18. Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas. 19. Participar en las reuniones y eventos a los cuales sea asignado por la Subred y presentar los informes que le sean requeridos.20. Responder por el archivo de la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.21. Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato.22. Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred

---

Contrato PS 5334 2021:

Fecha Inicio: 04/05/2021 **Fecha Terminacion: 30/11/2021** **Valor Contrato: $16.273.227**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Transportar a diferentes domicilios dentro de las seis localidades que conforman la Subred, a las auxiliares de enfermería que realiza la vacunación en la estrategia de seguimiento a cohortes. 2. Garantizar que la moto cuente con maletero o alforjas para el transporte de los insumos requeridos para la estrategia de vacunación. 3. Llevar a cabo eficaz y oportunamente las órdenes impartidas por la coordinación del programa de vacunación para el buen funcionamiento de la estrategia. 4. Apoyar en las diferentes actividades de transporte requeridas en la estrategia de seguimiento a cohortes de vacunación. 5. El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehículo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contraídas en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa ampliado de inmunizaciones. 6. Deberá disponer de los documentos completos y en regla (certificado médico para conducir, licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases, SOAT,etc) 7. Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo (para él y el acompañante), rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma. 8. El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma. 9. Informar las dificultades que se presenten en el transporte y en general en el desarrollo de las actividades diarias. 10. Asistir a las reuniones programadas para el equipo del Programa ampliado de Inmunización por la coordinadora del mismo.

Contrato PS 4445 2019:

Fecha Inicio: 17/07/2019 **Fecha Terminacion: 03/05/2021** **Valor Contrato: $47.716.737**

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS COMO CONDUCTOR MOTORIZADO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE

INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Transportar a diferentes domicilios dentro de las seis localidades que conforman la Subred, a las auxiliares de enfermería que realiza la vacunación en la estrategia de seguimiento a cohortes. 2. Garantizar que la moto cuente con maletero o alforjas para el transporte de los insumos requeridos para la estrategia de vacunación. 3. Llevar a cabo eficaz y oportunamente las órdenes impartidas por la coordinación del programa de vacunación para el buen funcionamiento de la estrategia. 4. Apoyar en las diferentes actividades de transporte requeridas en la estrategia de seguimiento a cohortes de vacunación. 5. El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehículo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contraídas en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa ampliado de inmunizaciones. 6. Deberá disponer de los documentos completos y en regla (certificado médico para conducir, licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases, SOAT,etc) 7. Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo (para él y el acompañante), rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma. 8. El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma. 9. Informar las dificultades que se presenten en el transporte y en general en el desarrollo de las actividades diarias. 10. Asistir a las reuniones programadas para el equipo del Programa ampliado de Inmunización por la coordinadora del mismo.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 01 de Abril de 2022.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

INGRIT LINETH VASQUEZ CELY
Director de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

NOSTOC

SANEAMIENTO AMBIENTAL

03 de septiembre de 2021

Bogotá D.C

A quien interese

NOSTOC SAS certifica que el señor **DAVID ESTEBAN GUERRERO REY** identificado con cedula de ciudadanía N° **1.012.422.880** de Bogotá, está vinculado con la empresa desde el 19 de enero de 2019 hasta el 14 de marzo de 2020 día, de emisión de esta referencia laboral, desempeñando el cargo de **ASESOR TECNICO COMERCIAL** con un contrato de obra labor y devengando un salario mensual de $ 1.8000.000.

Quedamos atentos a cualquier inquietud, para confirmar la veracidad de este documento se puede comunicar al 319 516 7432 o 6563399

YESID FABIAN ESPITIA FIQUITIVA
GERENTE GENERAL

(+57) 319 516 7432
NOSTOCAMBIENTAL@GMAIL.COM
NOSTOC SAS

nexarte

www.nexarte.com

Nexarte Servicios Temporales S.A.
NIT 860058975-6

CERTIFICA

Que el señor **DAVID ESTEBAN GUERRERO REY** identificado con Cédula de Ciudadanía No.**1012422680,** como trabajador en misión bajo la modalidad de contrato por duración **OBRA O LABOR**, registra la siguiente información laboral:

CARGO	SALARIO PROMEDIO Y/O SALARIO BÁSICO	FECHA DE INICIO	FECHA DE RETIRO	EMPRESA CLIENTE
AUXILIAR OPERATIVO MOTORIZADO	$ 781.242,00	14/08/2017	VIGENTE	DOMESA DE COLOMBIA S.A.

En vigencia de la relación laboral **Nexarte Servicios Temporales S.A.,** cumplió a cabalidad con las obligaciones a su cargo en su condición de Empleador.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia miércoles, 25 abril, 2018.

Cordialmente,

Claudia Herrera Bermudez
DIRECTORA DE RELACIONES LABORALES DE E/M

Medellin, 10 de mayo 2018

LINEA COMUNICACIONES S.A.S

CERTIFICA QUE

El Sr. **DAVID ESTEBAN GUERRERO REY** identificado con la cedula de ciudadanía **1.012.422.880** labora en la empresa desde 27 de abril de 2018 desempeñando el cargo de Tecnólogo de soporte y su tipo de contrato es a Termino Fijo inferior a un año. Devenga un salaria básico mensual de $920.000, adicional recibe una comisión promedio Mensual de $100.00 y un alquiler No salarial mensual de $25.000.

Cualquier informacion adicional con gusto será suministrada.

Atentamente

ALICIA MEJIA CARDONA
Gerente de Gestion Humana

Elaborado por: Carolina Dominguez

nexarte

www.nexarte.com

Nexarte Servicios Temporales S.A.
NIT 860058975-6

CERTIFICA

Que el señor **DAVID ESTEBAN GUERRERO REY** identificado con Cédula de Ciudadanía No.**1012422880,** como trabajador en misión bajo la modalidad de contrato por duración **OBRA O LABOR**, registra la siguiente información laboral:

CARGO	SALARIO PROMEDIO Y/O SALARIO BÁSICO	FECHA DE INICIO	FECHA DE RETIRO	EMPRESA CLIENTE
AUXILIAR OPERATIVO MOTORIZADO	$ 781.242,00	14/08/2017	VIGENTE	DOMESA DE COLOMBIA S.A.

En vigencia de la relación laboral **Nexarte Servicios Temporales S.A.,** cumplió a cabalidad con las obligaciones a su cargo en su condición de Empleador.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia miércoles, 25 abril, 2018.

Cordialmente,

nexarte

Claudia Herrera Bermudez

Claudia Herrera Bermudez
DIRECTORA DE RELACIONES LABORALES DE E/M